

**FORMULARIO DE INGRESO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS (MENORES DE 14 AÑOS)**

¡Bienvenido, y gracias por elegir a nuestro equipo de salud dental! Nos esforzamos por proporcionar el mejor cuidado dental posible. Para ayudarnos a lograr esta meta, por favor llene estos formularios lo más completamente que pueda, con tinta. Si tiene preguntas o necesita asistencia, por favor sírvase libre en preguntarnos.

|  |  |                     |  |                   |                   |                  |
|--|--|---------------------|--|-------------------|-------------------|------------------|
| Apellido   | Nombre   | MI                  | Sufijo (seleccione una)                    |                   |                   | Nombre preferido |
|  |  |                     | Sr   | Jr                | I                 | II               |
| Sexo (marque uno)  | M  | F                   | Otro                                       | Elige no divulgar |                   |                  |
| Raza/Etnicidad:  | Blanco   | Negro/Afroamericano | Hispano/Latino                             | Otro:             | Elige no divulgar |                  |
| Si requiere un intérprete especifique el lenguaje:   | ¿Le ayudo un intérprete con estos formularios? |                     |  |                   | SI                | NO               |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)   | Numero de Seguro social                        |                     |  | Escuela           |                   |                  |
| Dirección  | Ciudad   |                     | Estado                                     |                   | Código Postal     |                  |
| Dirección (si es diferente)  | Ciudad   |                     | Estado                                     |                   | Código Postal     |                  |
| ¿Fue referido a esta clínica?  | SI   | NO                  | Si la respuesta es sí, ¿quién lo refirió?: |                   |                   |                  |
| Información de contacto: Por favor proporcione todos los números de teléfono y correo electrónico.   |  |                     |  |                   |                   |                  |
| Correo electrónico   | Celular  |                     | Teléfono alternativo                       |                   |                   |                  |
| Al proporcionar la información de contacto arriba está consintiendo a recibir comunicaciones electrónicas acerca de sus citas y tratamiento de Advantage Dental from DentaQuest. |  |                     |  |                   |                   |                  |
| Información de padre o guardián legal: Mi relación con el paciente es:   | Padre  | Guardián            |  |                   |                   |                  |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)   | Numero de Seguro Social                        |                     |  |                   |                   |                  |
| Sexo (marque uno)  | M  | F                   | Otro                                       | Elige no divulgar |                   |                  |
| Apellido   | Nombre   |                     |  |                   | MI                |                  |
| Contacto de emergencia   | Relación                                       |                     | Teléfono de casa                           |                   | Teléfono celular  |                  |

**¿El paciente tiene seguro dental? SI NO Si la respuesta es sí, ¿quién es su asegurador?**

|   |   |                 |                           |   |  |
|---|---|-----------------|---------------------------|---|--|
| Asegurador principal del titular de póliza    | Titular de póliza                             | Numero de grupo | Identificación de titular | Fecha de nacimiento                       |  |
| Nombre de empleador                           | Número de seguro social del titular de póliza |                 |                           |   |  |
| Relación con el paciente:                     | Yo mismo                                      | Cónyuge         | Niño                      | Otro                                      |  |
| Asegurador secundario                         | Titular de póliza                             | Numero de grupo | Identificación de titular | Fecha de nacimiento del titular de póliza |  |
| Número de seguro social del titular de póliza |   |                 |                           |   |  |

**Acuerdo de comunicación**

Las clínicas de Advantage Dental Oral Health Center pueden comunicarse conmigo usando la información de contacto proporcionada arriba. Estas comunicaciones incluyen correo de voz, texto, y/o correo electrónico. Usted puede excluirse en cualquier momento al responder apropiadamente a los mensajes recibidos.

**Firma del paciente, padre o guardián legal:**

**Fecha:**

**Usted puede solicitar una copia de nuestra póliza de privacidad en cualquier momento. Siempre puede encontrar una copia de esta póliza en [Advantagedental.com/privacy-policy](http://Advantagedental.com/privacy-policy).**

**Club Sin Caries**

Doy mi permiso para que la foto de mi niño (nombre del niño) \_\_\_\_\_ sea tomada para propósitos de identificación y comprendo que su foto podría ser mostrada para el "Club sin caries" al igual que para cualquier otro material de mercadeo educacional que Advantage Dental Oral Health Center y sus afiliados consideren adecuado. Renuncio a cualquier compensación, hoy otorgar el uso de la imagen de mi niño.

**Firma del paciente o padre/guardián/persona responsable**

**Relación con el paciente**

**Fecha**

Staff Initials: \_\_\_\_\_

# HISTORIAL MEDICO Y DENTAL

Nombre de medico principal:

Número de teléfono:

Dirección de medico principal:

¿El niño está bajo el cuidado de un médico actualmente? **SI** **NO** Si la respuesta es SI, por favor describa:

¿Cuál es la razón por la visita del niño el día de hoy? **EXAMINACION** **EMERGENCIA** **CONSULTA** **PROCEDIMIENTO**

¿Cuál es su preocupación principal acerca de la salud oral de su niño?

Fecha de la última visita dental del niño (Mes/Año): **EXAMINACION** **EMERGENCIA** **CONSULTA** **PROCEDIMIENTO** **OTRO**

¿El niño ha tenido problemas con tratamiento dentales anteriores? **SI** **NO** Si la respuesta es sí, por favor especifique:

¿Cómo describiría la salud dental del niño? **EXCELENTE** **BUENA** **NORMAL** **MALA**

¿Con que frecuencia cepilla los dientes su niño? **NUNCA** **A VECES** **UNA VEZ AL DIA** **DOS VECES AL DIA** **MAS DE DOS VECES AL DIA**

¿Con que frecuencia usa hilo dental su niño? **NUNCA** **A VECES** **UNA VEZ AL DIA** **UNA VEZ POR SEMANA** **MAS DE UNA VEZ AL DIA**

¿Le sangran las encías al niño cuando se cepilla o usa hilo dental? **NUNCA** **A VECES** **SIEMPRE**

¿Alguien le ayuda al niño a cepillarse los dientes o usar hilo dental? **SI** **NO**

Por favor indique cualquier pregunta o preocupación que tenga acerca de la odontología o la salud dental de su niño:

|  |       |   |       |
|--|-------|---|-------|
| ¿Está experimentando dolor o incomodidad dental el niño?                                 | SI NO | ¿Tiene dientes flojos el niño?  | SI NO |
| ¿Esta infeliz con su sonrisa o la apariencia de sus dientes el niño?                     | SI NO | ¿Tiene dolores de cabeza, de oído o de cuello el niño?                    | SI NO |
| ¿Tiene un historial de problemas de articulación mandibular (estallido, etc.) el niño?   | SI NO | ¿Tiene hinchazón dentro o alrededor de la boca, cara o cuello el niño?    | SI NO |
| ¿Tiene problemas al comer (dificultad al masticar, vomito, etc.) el niño?                | SI NO | ¿Aprieta o rechina sus dientes el niño?                                   | SI NO |
| ¿Padece de mal aliento/halitosis, sabor a metal, o sabor desagradable el niño?           | SI NO | ¿Los dientes del niño son sensibles a lo frio, caliente, dulce o presión? | SI NO |
| ¿Tiene algún obstáculo el niño para la limpieza y cuidado de sus dientes?                | SI NO | ¿Le quedan atrapados alimentos o hilo dental entre los dientes del niño?  | SI NO |
| ¿Alguna vez ha tenido una herida grave a sus dientes, mandibular, cabeza o boca el niño? | SI NO | ¿Alguna vez ha tenido tratamientos de ortodoncia (frenos) el niño?        | SI NO |

Proporcione detalles aquí para todas las preguntas donde respondió SI:

| ¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes el niño? (Circule sí o no para cada uno) Para cada si, proporcione detalles en la parte inferior indicada |       |   |       |   |       |
|---|-------|---|-------|---|-------|
| Reflujo acido   | SI NO | Trastorno alimenticio   | SI NO | Problemas renales   | SI NO |
| SIDA/VIH Positivo   | SI NO | Epilepsia o convulsiones  | SI NO | Problemas/retrasos de aprendizaje, discapacidad intelectual | SI NO |
| Anafilaxia/Reacción alérgica  | SI NO | Sangrado excesivo   | SI NO | Leucemia  | SI NO |
| Válvula cardiaca artificial   | SI NO | Sed excesiva/Sequedad bucal                                     | SI NO | Enfermedad del hígado/Hepatitis                             | SI NO |
| Asma/Problemas pulmonarias/de respirar  | SI NO | Episodios de desmayos/Mareos                                    | SI NO | Presión arterial baja                                       | SI NO |
| Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (ADHD por sus siglas en inglés)  | SI NO | Tos frecuente   | SI NO | Enfermedad paratiroides                                     | SI NO |
| Problemas emocionales o de comportamiento   | SI NO | Diarrea frecuente   | SI NO | Tratamiento con radiación                                   | SI NO |
| Problemas sanguíneos, anemia, enfermedad de células falciformes   | SI NO | Trastorno de desarrollo   | SI NO | Diálisis renal (Riñón)                                      | SI NO |
| Problemas cerebrales o del sistema nervioso   | SI NO | Problemas del corazón   | SI NO | Fiebre reumática  | SI NO |
| Cáncer/Tratamiento para cáncer  | SI NO | Hemofilia sangrado excesivo, marcarse con facilidad (hematomas) | SI NO | Fiebre escarlata  | SI NO |
| Quimioterapia   | SI NO | Herpes  | SI NO | Enfermedad de transmisión sexual                            | SI NO |
| Ulceras bucales/ Llagas de fiebre   | SI NO | Presión arterial alta   | SI NO | Problemas sinusales   | SI NO |
| Medicamento de cortisona  | SI NO | Urticaria o erupción  | SI NO | Enfermedad estomacal/intestinal                             | SI NO |
| Diabetes  | SI NO | Hipoglucemia  | SI NO | Enfermedad de la tiroidea                                   | SI NO |

Proporcione detalles aquí para todas las preguntas donde respondió SI:

¿Hubo complicaciones antes o durante el nacimiento, prematuridad, anomalías congénitas, síndromes o condiciones heredadas? **SI** **NO**

Si es así, explique:

¿Hay alguna otra condición de salud de la que le gustaría que estuviéramos al tanto para mejorar nuestra prestación de cuidado y responder mejor a las necesidades de cuidado de salud dental de su niño?

**¿Está tomando, ha tomado recientemente (dentro del último mes), o debería de estar tomando alguno medicamento el niño? SI NO**  
**Esto incluye toda receta, sin receta, suplementos dietéticos, vitaminas, medicamentos naturales y/o herbarias.**

Si la respuesta es sí, por favor especifique los medicamentos, la dosis y frecuencia

| Medicamento<br>Recetado o sin receta | Dosis/Frecuencia | Suplementos<br>Suplementos dietéticos, vitaminas<br>(naturales o herbarias) | Dosis/Frecuencia |
|--------------------------------------|------------------|---|------------------|
|                                      |                  |   |                  |
|                                      |                  |   |                  |
|                                      |                  |   |                  |
|                                      |                  |   |                  |

En los últimos 2 años, ¿ha tomado, o está tomando, esteroides (p. ej. cortisona) el niño? **SI NO**

Si la respuesta es sí, por favor especifique

¿Ha tomado el niño o está programado a comenzar a tomar CUALQUIER medicamento bisfosfonato (Ejemplos: Fosamax, Boniva, Actinol, Reclast, Zometa, etc.)? **SI NO**

¿Cuál droga, dosis y frecuencia?

¿Cuándo?

¿Para qué?

**¿Ha tenido el niño alguna enfermedad grave no mencionada arriba? SI NO**

Si la respuesta es sí, por favor especifique:

**ALERGIAS**

¿Es alérgico el niño a cualquiera de los siguientes? Aspirina Penicilina Codeína Anestésico local Acrílico Metal Látex  
 Medicamentos de Sulfa Yodo Vicodin Otro:

**¿Normalmente toma un antibiótico antes de su tratamiento dental? SI NO**

**TABACO**

¿El niño usa o ha usado tabaco (fumar, rape, mascar, bidis)? **NUNCA PASADO ACTUALMENTE**  
 ¿Cuán interesado esta en parar? **MUCHO ALGO NO INTERESADO OTRO**

¿Cuán frecuentemente tiene el niño los siguientes?

|                          |                  |                      |                          |
|--------------------------|------------------|----------------------|--------------------------|
| Dulces u otras golosinas | <b>RARAMENTE</b> | <b>1-3 VECES/DIA</b> | <b>3 O MAS VECES/DIA</b> |
| Bocadillos entre comidas | <b>RARAMENTE</b> | <b>1-3 VECES/DIA</b> | <b>3 O MAS VECES/DIA</b> |
| Bebidas endulzadas *     | <b>RARAMENTE</b> | <b>1-3 VECES/DIA</b> | <b>3 O MAS VECES/DIA</b> |

(\*tal como jugos, bebidas con sabor a fruta, sodas endulzadas, colas, u otras bebidas gaseosas, bebidas deportivas y bebidas de energía)

¿Participa el niño en actividades deportivas o similares? **SI NO**

Si la respuesta es SI, ¿usa un protector bucal durante estas actividades? **SI NO**

**Según mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con exactitud. Comprendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad el informarle a la oficina dental de cualquier cambio en estado médico.**

Firma del paciente o padre/guardián/persona responsable:

Fecha:

Nombre en letra de molde del padre/guardián/persona responsable:

**OFFICE USE/USO DE OFICINA**

Blood Pressure: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Pulse: Height: Weight: Temp: Date:

**HEALTH HISTORY REVIEWED BY**

**PROVIDER'S SIGNATURE**

**DATE**

# AUTORIZACIÓN PARA ACOMPAÑAR A UN MENOR DE EDAD

Para ser completada por el miembro

Comprendemos el conflicto entre las horas de trabajo y citas, pero requerimos que todo niño menor de 14 años sea acompañado por una PERSONA RESPONSABLE o su niño no recibirá tratamiento. Esta persona debe tener al menos 19 años de edad y debe permanecer en el edificio en todo momento durante el tratamiento.

Yo afirmo que soy el padre o guardián legal del/de los niño/s menores mencionados a continuación:

Niño Fecha de nacimiento

Niño Fecha de nacimiento

Niño Fecha de nacimiento

Si yo no puedo acompañar a mi niño, doy mi permiso para que los individuos mencionados a continuación acompañen a mi niño para tratamientos dentales:

Nombre Relación

Nombre Relación

Nombre Relación

Para un niño/niños de 14 años de edad y mayores, por favor marque uno:

Debido a que mi niño (mis niños) tiene(n) 14 años de edad o mayor, doy mi permiso para que él/ella/ellos se presente(n) para tratamiento sin ser acompañados por un adulto.

Aunque mi niño (mis niños) tiene(n) 14 años de edad o mayor, deseo estar presente para todo tratamiento realizado.

Certifico que he leído y comprendo plenamente las declaraciones antedichas y confirmo los contenidos de este formulario.

Firma del guardián legal/padre con custodia Fecha

Nombre completo en letra de molde del guardián legal/padre con custodia Relación con el(los) menor(es)

# RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Nombre del Paciente:

\* Usted puede rehusar a firmar este reconocimiento\*

A mi, \_\_\_\_\_, se me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y el Aviso de no discriminación de esta oficina.

Nombre en letra de molde

Relacion con el paciente

Firma

Fecha

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices and Non-Discrimination Notice, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

## **POLIZA FINANCIERA DEL PACIENTE**

Nuestra meta es proporcionarle cuidado dental opción a usted y a su familia, y de ser un lugar donde los pacientes se sientan bienvenidos y valorados. Nuestra oficina se esfuerza por proporcionar la más alta calidad de cuidado dental a precios asequibles. Nuestro dentista diagnosticara tratamiento basado en su salud dental y no en su cobertura de seguro. Le animamos a hacer preguntas y estar implicado en las decisiones de tratamiento, mientras nosotros ayudamos a educarlo acerca de su salud oral y la importancia de la prevención.

Por favor recuerde, usted es totalmente responsable por los cargos cobrados por esta oficina sin importar su cobertura de seguro.

El propósito de esta póliza es eliminar la confusión o malentendidos acerca de los arreglos financieros ofrecidos por nuestra oficina. Si tiene seguro dental, su porción se debe al tiempo del servicio. Como cortesía, esta oficina le enviara la factura a su aseguradora, pero no le garantizamos algún beneficio. Como corresponde, a la medida que es permitida por ley, usted consiente a que Advantage Dental Oral Health Center (o sus designados) usen y divulguen su información de salud protegida para llevar a cabo actividades de pago en conexión con su reclamo del seguro. Esta información será usada exclusivamente para el propósito de evaluar y administrar reclamos para beneficios. Usted también autoriza y dirige pagos de beneficios dentales de otra manera pagable a usted a Advantage Dental Oral Health Center. Por favor comprenda que la cantidad para ser pagada por su seguro depende de los beneficios de su plan particular. Si tiene preguntas acerca de la cantidad que su plan pagara o los tratamientos cubiertos por su seguro, debería referir estas preguntas a su compañía de seguro. Además, puede haber un deducible, un factor de coseguro, y/o un máximo anual para ser considerado.

1. Para nuestros pacientes con Medicaid, se le facturaran los servicios cubiertos a Medicaid. En caso de que un servicio no sea cubierto por Medicaid, se le informara antes de que el servicio sea realizado.
2. Se espera pago al tiempo del servicio, incluyendo la porción que se estima que su seguro no cubrirá. Nuestra oficina acepta los siguientes métodos de pago: efectivo, cheque, tarjeta de crédito, y cierto grupo financiero de tercera persona (para aquellos que cualifiquen). No ofrecemos arreglos de pago internos.
3. Se le enviara mensualmente por correo un estado de cuentas por servicios realizados. Se espera recibir pago dentro de 30 días de la fecha de facturación encontrado en el estado de cuentas. El pago deberá ser enviado por correo con la porción especificada del estado de cuentas para establecer el crédito a la cuenta apropiada. Si su compañía de seguro no ha pagado la factura después de 30 días, por favor comuníquese con ellos directamente.
4. Usted puede elegir el pagar por teléfono las cantidades debidas en su factura utilizando un método de pago aceptado. En caso de que elija esta opción de pago, podríamos guardar su información de pago de manera segura para hacer pagos futuros bajo su dirección.
5. Su cuenta es considerada delinciente si el pago no es recibido dentro de 30 días de la fecha de facturación encontrada en el estado de cuentas. Si no se recibe pago, se evaluará un recargo de 1.5% por mes (mínimo de \$1.00) y este aparecerá en su próximo estado de cuentas. La tasa de porcentaje anual será el menor de 18% o la tasa más alta permitida bajo ley estatal.
6. Se factura un cargo de \$35.00 a su cuenta, además de la cantidad original, por cualquier cheque que sea regresado por cualquier razón. Si se regresa un cheque, podríamos no aceptar de usted pagos por cheque en el futuro.
7. Si usted es el padre o guardián legal de un paciente que recibe tratamiento mientras usted no está presente (ya sea acompañado por una persona autorizada o no acompañado), usted acuerda a pagar por cualquier servicio/tratamiento realizado en su ausencia.

Usted lee y está de acuerdo que, si falla en hacer pagos puntuales, usted será responsable por todos los costos de dineros de la colección debida, incluyendo costos de la corte, honorarios de agencia de colección y honorarios del abogado.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y comprende la póliza financiera de Advantage Dental Oral Health Center y está de acuerdo con todos los términos descritos en ella.

Firma del paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

Fecha

# CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES

Paciente:

Edad:

Fecha:

Yo, el abajo firmante, para mí mismo y otras personas para las cuales tengo la autoridad de firmar, por la presente consiento a cuidado dental y tratamiento mientras tal cuidado y tratamiento sea proporcionado por Advantage Dental Oral Health Center. Este consentimiento incluye mi consentimiento para todo tratamiento realizado por un dentista de Advantage Dental Oral Health Center y cualquier otro proveedor dental u otros designados bajo la supervisión del dentista, tal como sea considerado razonable y necesario.

Comprendo que cualquier tratamiento actual y futuro puede incluir, pero no está limitado a exámenes, profilaxis oral (limpiezas), tratamientos de fluoruro, selladores, restauraciones (rellenos de amalgama o compuesto, coronas y puentes), tratamientos periodontales (de las encías), tratamientos de endodoncia (de conducto de raíz), extracciones, y el uso de anestésicos. Tal tratamiento actual o futuro podría implicar el uso de comunicaciones y tecnologías electrónicas seguras para ofrecer servicios de salud y educación dental virtuales de manera remota en lugar de un entorno de oficina dental tradicional. El tratamiento dental no existe sin posibles complicaciones, las cuales podrían incluir (pero no están limitadas a) dolor, infección, hinchazón, sangrado, moretones, sanado retrasado, complicaciones sensoriales, reacciones alérgicas, rigidez, incomodidad y disminución del rango de movimiento de la(s) articulación(es) mandibular(es), aflojamiento de dientes o restauración en dientes, lesión a otros tejidos y la necesidad de tratamiento adicional fuera del ámbito del dentista de tratamiento.

Comprendo que podría utilizarse anestesia tópica, anestesia local y/o inhalación de anestesia de óxido nitroso si es necesario durante el tratamiento y doy mi consentimiento para su uso en mi cuidado y que el uso de anestésicos podría conllevar un pequeño riesgo de hinchazón, moretones, reacción alérgica, cambios en la percepción de dolor, o entumecimiento prolongado o en casos extremadamente raros permanente. Además, comprendo que, en el transcurso de cualquier tratamiento, podría ser necesario el modificar el tratamiento previsto debido a condiciones descubiertas durante el transcurso normal de cuidado y tratamiento dental. También comprendo y reconozco que mi tratamiento dental podría aumentar el riesgo a ser expuesto a ciertos virus y otros patógenos presentes en la comunidad al momento de mi visita (incluyendo pero no limitado al nuevo coronavirus/COVID-19, gripe, virus del resfriado, etc.). Es posible que tales patógenos sean transmitidos por medio de gotas respiratorias o el rocío fino de agua (aerosoles) que podrían estar presentes en una oficina dental. Comprendo que estos riesgos pueden ser mitigados a través de los protocolos de control de infección de la oficina dental y otras medidas preventivas diseñadas para reducir la posibilidad de infección, pero estos riesgos no pueden ser eliminados por completo.

Comprendo que tengo el derecho de hablar y hacer preguntas acerca de cualquier tratamiento actual y futuro y del propósito, riesgos posibles y beneficios de tal tratamiento, tal como de cualquier tratamiento alternativo, con el fin de hacer una decisión informada acerca de mi cuidado. Además, comprendo que tengo el derecho de rehusar tratamiento y aceptar cualquier posible consecuencia de reusar tratamiento y que tengo el derecho de discontinuar tratamiento en cualquier momento.

Al firmar a continuación, estoy indicando que (1) pretendo en que este consentimiento continúe en naturaleza aun después de que se haiga hecho un diagnóstico específico y se haiga recomendado tratamiento; y (2) doy mi consentimiento para tratamiento en esta oficina o cualquier otra oficina de Advantage Dental Oral Health Center. Este consentimiento continuara plenamente en efecto hasta ser revocado por escrito.

## Consentimiento firmado

Certifico que he leído y comprendo plenamente las declaraciones antedichas y plenamente y voluntariamente consiento a sus contenidos.

Paciente menor de 18 años de edad

Firma del paciente o guardián legal

Fecha

Nombre en letra de molde del paciente o guardián legal

Relación con el paciente

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento del/de los niño/s menor/es mencionados a continuación, quien/es son menores de la edad legal de dieciocho años de edad, para recibir cuidado dental y/o tratamiento de un dentista de Advantage Oral Health Center. Cualquier cuidado y/o tratamiento considerado razonable y necesario puede ser proporcionado con o sin mi presencia:

Niño

Fecha de nacimiento

Niño

Fecha de nacimiento

Niño

Fecha de nacimiento





# DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

## El paciente tendrá los siguientes derechos:

- De ser tratados con dignidad y respeto
- De ser tratado por los proveedores al igual que otras personas buscando beneficios de cuidado de salud
- De tener a un amigo, familiar o defensor presente durante consultas y en otros momentos tal como sea necesario para ayudar con decisiones de tratamiento
- De estar activamente implicado en las decisiones de su plan de tratamiento
- De recibir información acerca de su condición y servicios cubiertos y no cubiertos para hacer una decisión informada acerca de las opciones de tratamiento
- De consentir a tratamiento o rehusar servicios, y de ser informado de las consecuencias de esa decisión, con excepción de servicios por orden judicial
- De recibir materiales por escrito describiendo sus derechos, responsabilidades, beneficios disponibles, como acceder servicios, y que hacer en caso de emergencia
- De que se le expliquen los materiales escritos de forma comprensible
- De recibir servicios necesarios y razonables para tratar la condición
- De recibir servicios que reúnen las normas de practica generalmente aceptadas y que son medicamente apropiado;
- De recibir servicios de prevención cubiertos
- De recibir una referencia a un especialista para servicios cubiertos medicamente apropiados
- De tener un registro médico que contiene documentación acerca de condiciones, servicios realizados y referencias hechas
- De tener acceso a su propio registro médico, al menos que sea restringido legalmente
- De transferir una copia de sus registros médicos a otro proveedor
- De recibir un aviso de una cancelación de cita de manera oportuna
- De recibir una copia del aviso de la póliza de privacidad de esta oficina

## El paciente tiene las siguientes responsabilidades:

- De tratar a los proveedores y personal de la clínica con respeto
- De ser puntual a las citas con un proveedor y llamar por adelantado para cancelar si no puede asistir a la cita o si espera llegar tarde
- De procurar exámenes periódicos y servicios preventivos de su dentista
- De usar a su dentista para el diagnóstico y otro cuidado con excepción de una emergencia
- De obtener una referencia a un especialista de parte del dentista antes de solicitar cuidado de un especialista al menos que se permita una auto recomendación
- De usar servicios de emergencia apropiadamente
- De proporcionar información verídica para ser incluida en su registro medico
- De ayudarle al proveedor o la clínica a obtener registros médicos de otros proveedores lo cual podría incluir el firmar una autorización para la divulgación de información
- De hacer preguntas acerca de condiciones, tratamientos y otros asuntos relacionados con su cuidado el cual no comprenda
- De usar información para hacer decisiones informadas acerca de tratamiento antes de que sea realizado
- De asistir en el desarrollo de un plan de tratamiento junto con el proveedor
- De seguir el plan de tratamiento prescrito acordado
- De proporcionarle a la oficina información acerca de sus beneficios de seguro
- De proporcionarle a la oficina información acerca de cambios de dirección, cambios de numero telefónico, cambios de beneficios de seguro
- De pagar por servicios no cubiertos
- De presentar cuestiones o quejas al personal
- De firmar una autorización para la divulgación de información medica para que el proveedor pueda recibir la información que podría ser necesaria para responder a su queja o cuestión
- De cumplir con las pólizas y procedimientos de la oficina